

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 - N° 112

DES URÉTHRITES

CONSÉCUTIVES AUX MANŒUVRES PROPHYLACTIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 31 mars 1922

PAR

Jules-César-Camille FENEULLE

Né à Azay-le-Ferron (Indre), le 10 Avril 1884

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur.....	Président.
		MOURE, professeur.....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		MURATET, agrégé.....	

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1922

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 - N° 112

DES URÉTHRITES

CONSÉCUTIVES AUX MANŒUVRES PROPHYLACTIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 31 mars 1922

PAR

Jules-César-Camille FENEULLE

Né à Azay-le-Ferron (Indre), le 10 Avril 1884

Examineurs de la Thèse

MM. VILLAR, professeur.....	Président.
MOURE, professeur.....	
ROCHER, agrégé.....	Juges.
MURATET, agrégé.....	

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale....	FERRÉ.
	CASSAET.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Clinique chirurgicale infan-	
	VILLAR.	tile et orthopédie.....	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales...	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements...	RIVIERE.	Clinique médicale des mala-	
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	ties des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique...	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies euta-	
Médecine légale et déontologie	VERGER.	nées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Physique biologique et clini-		Clinique des maladies des	
que d'électricité médicale.	BERGONIÉ.	voies urinaires.....	POUSSON.
Chimie.....	CHELLE.	Clinique psychiatrique.....	ABADIE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.		M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie....	N...	Médecine générale.....	DUPÉRIÉ.
	N...		CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	Maladies mentales.....	MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Médecine légale.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		LANDE.
	R. SIGALAS (chargé)	Chirurgie générale.....	GUYOT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	N...		ROCHER.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et médicale.....	N...		PAPIN.
	PETGES.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	CARLES.	Ophtalmologie.....	FAUGÈRE.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	TEULIÈRES.
	LEURET.		LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDRODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du	
travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES MAITRES

DES FACULTÉS ET DES HOPITAUX DE LILLE ET DE BORDEAUX

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Témoignage de reconnaissance.

INTRODUCTION

Nous entendons par uréthrites consécutives aux manœuvres prophylactiques, ou plus simplement par *uréthrites prophylactiques*, les uréthrites qui se manifestent dans un urèthre sain à l'occasion d'instillations ou d'injections uréthrales prophylactiques. Disons tout de suite que consécutives à des manœuvres bien réglées, ces uréthrites se réduisent à un simple suintement et ne présentent aucune espèce de gravité.

De tous temps le traitement des affections de l'urèthre a déterminé l'introduction dans ce canal des produits les plus variés, les uns, adoptés par l'empirisme populaire, les autres, consacrés par les médecins, d'abord sous le nom d'antiblennorragiques ou d'astringents, puis sous celui d'antiseptiques, tous d'ailleurs caustiques à différents degrés. Le mal causé autrefois, et certainement encore à l'heure actuelle, par maintes de ces intrusions, sans doute microbicides mais aussi cellulicides, est trop certain, et la part qu'il faut attribuer aux lésions gonococciques ou associées et aux lésions caustiques dues au traitement, est souvent difficile à déterminer dans l'infection et le catarrhe chroniques des voies génito-urinaires inférieures.

Lorsque fut découvert le gonocoque, lorsque son rôle pathogène fut mieux connu et déterminé, on s'acharna surtout à le pourchasser, préférant dans l'agent thérapeutique employé, la puissance antiseptique à toute autre qualité : témoins, au début, les nombreux tableaux

montrant la valeur microbicide respective des divers produits usités en antiseptie, tableaux qui ne comportent, ni dans leurs cadres, ni dans le texte voisin, la moindre réserve au sujet du pouvoir nocif des antiseptiques à l'égard des tissus.

Ce fut l'ère, encore récente, et qui n'est pas définitivement close, où l'urèthre et ses glandes annexes subirent les pires intoxications locales, les pires traumatismes chimiques, sans parler des autres.

Mais lorsqu'on connut le rôle joué par le gonocoque, hôte intempestif et particulièrement tenace de l'urèthre, on ne pensa pas seulement à le poursuivre lorsque l'infection était déclarée, on espéra, avant toute manifestation, dès qu'un contact avait rendu sa transmission possible, le détruire par les mêmes moyens antiseptiques : que l'urèthre soit contaminé ou non, l'introduction dans sa partie antérieure d'un peu de liquide approprié devait y détruire tous les germes déposés, y compris le gonocoque plus spécialement visé.

Certes la pratique prophylactique était connue dès avant l'ère microbienne. Sans parler des manœuvres singulières du genre de celles conseillées par Hyéronimus Montuus : application sur le pénis d'une grenouille fraîchement tuée, ou par Torella, succion du virus par d'autres hommes, de nombreux auteurs ont préconisé des moyens aussi variés qu'inefficaces. Au XIII^e siècle déjà, un médecin de Vérone, Guillavin de Salicet, conseillait le lavage du gland avec de l'eau froide après les rapports génitaux ; son élève Lefranc préconisait l'eau vinaigrée. Etmüller recommandait les mélanges de térébenthine et de vin ; Magnardus conseillait aux riches l'eau de fleurs d'oranger, aux pauvres l'eau qui avait servi à la trempe du fer. En 1504, Jacques Cataneus, se fait l'apôtre du sublimé, et Preval, Hunter, Warren, le prescrivent après lui. Astruc, indique l'application sur la vulve et la verge d'un linge imbibé d'une solution de gayac et de mercure. Enfin, dans les ouvrages de Diday, Julien,

on voit figurer également des conseils prophylactiques, recommandant les injections de vin, d'eau de Cologne, etc.

Avec l'ère antiseptique le procédé acquiert une vogue plus grande et une tournure plus scientifique. Il apparaît bientôt cependant que l'innocuité des antiseptiques à l'égard des muqueuses ne doit pas se réduire à une grossière approximation de leur causticité et qu'on doit aussi voir de plus près comment se comportent les cellules et les tissus en leur présence. Aussi ces produits préventifs sont choisis avec le plus grand soin, leur dilution est étudiée, la technique de leur emploi est fixée avec minutie. Et l'on peut dire qu'aucun accident, aucun incident ne résulte de l'application de méthodes aussi bien réglées, lorsqu'elles sont rigoureusement observées et délicatement appliquées.

Bien entendu, quelques malheureux, véritables fanatiques de l'injection prophylactique, transgressant les indications, vont faire des applications désordonnées de ces injections et ainsi apparaissent les premiers accidents de la méthode prophylactique. Ce sont les seuls : ils ne tiennent pas à un vice de la méthode mais à la faute des maladroits qui l'emploient mal. Nous aurons à en parler puisque l'application mal comprise déchaîne des uréthrites parfois gravement compliquées ; mais ces cas rentrent plutôt dans le cadre général des uréthrites caustiques. Nous n'en avons retenu que ce qui pouvait nous servir dans l'étude bactériologique et anatomo-pathologique des uréthrites prophylactiques dont elles constituent en quelque sorte la forme atténuée.

Avant la guerre la prophylaxie antiblennorragique par injections uréthrales était donc déjà connue, utilisée et codifiée. Pour ne citer que les travaux les plus récents nous devons mentionner ceux de Janet sur le rôle du sublimé employé en « gargarismes » à 3/1000, de Guiard, de Crédé et de Lesser (emploi du nitrate d'argent en instillations au 1/50), de Zeissl, de Welander (injection de 5 à 6 gr. de protargol à 1/25), de Gougerot, d'Aldo-Castellani (taurocholate de soude au 1/10 en solution glycinée) et des

Américains (emploi dans l'armée américaine du protargol à 2 pour 100). C'est vers la fin de la guerre que la prophylaxie prit une extension plus grande. A partir de 1916 on commença à s'inquiéter de l'accroissement des maladies vénériennes et à diriger contre elles diverses mesures parmi lesquelles les manœuvres prophylactiques locales (pommades tréponémicides, injections antigonococciques, etc.). L'arrivée en France des troupes américaines, parmi lesquelles ces pratiques étaient rigoureusement prescrites détermina leur prescription parmi les troupes françaises, sous la vigoureuse impulsion de ses fervents protagonistes, en particulier de Gougerot. La marine peut citer de son côté des statistiques concluantes (Chastang).

Enfin, la grande presse s'en est mêlée. Le commerce a réalisé des « nécessaires prophylactiques ». Dès lors la méthode fut vulgarisée et le demeure, cependant à un degré moindre que vers la fin de la guerre. Son utilisation reste cantonnée à un milieu d'éducation avancée : officiers, étudiants, intellectuels, qui ont compris les avantages de la méthode et qui sont plus souvent anxieux de leur santé. Aussi est-ce surtout depuis cette époque qu'ont fleuri les uréthrites prophylactiques, suintements précoces, qui lorsqu'ils inquiétaient leurs porteurs, étaient tantôt l'objet d'une consultation, tantôt de leur part ou de celle du médecin consulté, l'objet d'une intervention aux suites d'autant plus fâcheuses que le remède était précisément la cause du mal.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les uréthrites chimiques sincères, sans gonocoques ni autres microbes apparemment pathogènes, voire amicrobiennes, sont parfaitement connues, ne serait-ce que par l'expérience de Swediaur, s'injectant de l'ammoniaque dans l'urèthre et décrivant les conséquences fâcheuses de cette manœuvre, et par les études de Noguès, Guiard, les thèses de Burty, de Chabert.

Mais les uréthrites consécutives à une injection faite dans un but de prévention n'ont pas été nettement isolées dans ce vaste groupe, sauf cependant en ces dernières années où la pratique de la prophylaxie a repris un regain d'actualité. Sans doute Hallopeau en cite-t-il un cas à la suite d'une injection préventive d'huile camphrée. Mais ce n'est que depuis une époque assez récente que l'on en trouve des observations détaillées : Berdal, Robinson, Guichemerre, Moore, nous ont fourni quelques relations sur des cas isolés de ces uréthrites observées dans leur pratique. Fingér dénonce le danger des sels d'argent trop imprudemment instillés dans un urèthre suspect. Gattier signale les uréthrites médicamenteuses auxquelles aboutissent les prophylaxies maladroites. Mais c'est le travail récent de l'américain Creighton Barker, réunissant 28 cas non douteux, qui constitue le document le plus important sur la question. Il nous a semblé intéressant de mettre en

lumière non pas tant les dangers auxquels exposent des pratiques imparfaites que ceux d'une interprétation erronée des réactions uréthrales bénignes, minimales. « Souvent la peur d'un mal nous conduit dans un pire » : l'aphorisme est vrai aussi en matière de prophylaxie antivénérienne.

Bien entendu il n'est nullement question de faire le procès d'une méthode dont la valeur prophylactique est réelle et bien établie. Mais en dehors des succès prophylactiques il faut savoir :

1^o Que l'innocuité de la méthode dépend des conditions et de la mesure dans lesquelles on l'emploie. La sensibilité de l'urèthre ne le rend pas seulement vulnérable au gonocoque ; les dommages causés à sa muqueuse peuvent favoriser la pullulation d'autres microbes habituellement inoffensifs dont le rôle sera étudié plus loin.

2^o Que des réactions plus ou moins intenses apparaissent précocement dans la plupart des urèthres sains soumis à une injection prophylactique et que leur identification souvent malaisée, nous le verrons, est nécessaire pour éviter non seulement des erreurs sans gravité, mais aussi des complications par des traitements intempestifs.

CHAPITRE II

La prophylaxie antiblennorragique. — Substances employées. — Etiologie de l'urétrite prophylactique.

Une assez grande variété règne dans les substances employées pour la prophylaxie antiblennorragique par injections intra-uréthrales.

Il est surtout question ici des réactions de l'urèthre après des injections prophylactiques pratiquées selon toutes les règles et non de toutes les uréthrites caustiques : nous en mentionnerons cependant quelques-unes dues à l'emploi de substances plus ou moins singulières.

La fantaisie de chacun s'est de tout temps affirmée dans le choix des substances antiseptiques. Plus la causticité des produits est renommée, plus on attend de merveilles de son emploi. La tradition peut jouer le rôle de mauvaise conseillère. C'est ainsi que Guichemerre rapporte l'observation d'un malade qui s'injecta à deux reprises dans l'urèthre, à titre prophylactique, de l'eau vinaigrée à la dose d'une cuillerée à soupe pour un demi-verre d'eau tiède (Obs. XIII). Il s'inspirait peut-être d'une vieille pratique préconisée par Lefranc au *xiv^e* siècle, conseillée même par Diday en ces termes : « Voulez-vous un supplément de garantie ? Faites aussitôt après avoir uriné une injection de vin ou d'eau vinaigrée que vous garderez une minute (j'avertis que cette minute paraît longue) ». Il est vrai qu'il ajoute : « Pour

que cette injection serve et ne nuise pas, il y a deux règles à observer : n'introduire dans le canal que un quart de seringue et ne pas repousser le liquide d'avant en arrière ; fermer l'urèthre non en pinçant l'extrémité, mais en appliquant le bout du doigt sur son orifice. »

Les résultats furent malheureux comme le montre l'observation XIII.

De telles pratiques, les exemples abondent.

Hallopeau reçoit un jour la visite d'un client, père de famille, qui se défiant d'une contagion possible eut l'idée de recourir au camphre. Il se fit une injection d'huile camphrée, « mais il en résulta une chaudepisse violente ».

Dans des ouvrages relativement peu anciens, des conseils dangereux ont enrichi la collection des uréthrites caustiques. Jullien par exemple, n'envisage dans les injections prophylactiques que leur effet physique : aussi conseille-t-il indifféremment le vinaigre de toilette, l'eau de Cologne, etc.

Au nombre de ces produits variés nous pouvons citer la drogue de formule secrète qu'un pharmacien français vendit à quelques soldats américains : C. Barker a décrit les uréthrites consécutives à son emploi. L'analyse y décela du permanganate de potasse, du sublimé, du sulfate de zinc, des sels d'argent.

Dans leurs observations, Berdal (obs. VI), Robinson (obs. XII), Moore font le procès des « diagnostiqueurs à feu rapide » et des « spécialistes de cures en trois jours », qui sont souvent pour les urèthres humains aussi nuisibles que le gonocoque, tels ceux qui lancèrent dans le commerce certaines bougies préventives (voir observations IX, X, XI).

Après ces accidents dus à des pratiques erronées dont la méthode n'est pas responsable, passons en revue les diverses substances qui, employées couramment dans un but prophylactique, ont donné lieu à des réactions.

Plusieurs facteurs sont à envisager dans l'origine des réactions uréthrales :

- 1^o La nature et la dose des substances employées ;
- 2^o La répétition des doses.

I. — NATURE ET DOSES DES SUBSTANCES EMPLOYÉES.

Sublimé. — Les propriétés préventives du sublimé semblent jouir d'une faveur ancienne puisqu'en 1504, Jacques Cataneus le recommandait déjà. Plus récemment, Janet en a préconisé l'emploi en « gargarismes » avec une solution à 3 pour 1000. A ce taux, le sublimé paraît devoir être proscrit. Il est vraiment trop élevé ; il existe de nombreux cas d'uréthrites caustiques consécutives à l'emploi de solution à 1 pour 1000. A fortiori, Robinson (obs. XII), peut-il rapporter un cas d'uréthrite à la suite de l'injection d'une solution à 1 pour 250. Une observation de Noguès rapporte le cas d'un sujet qui s'étant injecté une solution de sublimé d'un titre supérieur à 1 pour 1000 fit une uréthrite sans gonocoques quelques jours après (thèse d'Allanche). La toxicité et la causticité de ce sel sont en effet très grandes. On peut en juger par son pouvoir fixateur histologique. D'ailleurs les urologues en prescrivent en général l'usage à des doses faibles. Le papier Balme, couramment employé en prophylaxie, est destiné à fournir une solution à 0,50 pour 1000. Peut-être est-il préférable d'abandonner l'emploi de ce sel, puisque nous disposons de produits moins caustiques et plus spécifiques.

Sels d'argent. — 1^o Le *nitrate d'argent* est parmi les sels d'argent le plus anciennement employé dans les injections uréthrales. Les observations de Diday, de Guyon, le long usage qui en a été fait en thérapeutique urinaire, sembleraient montrer qu'on peut impunément s'en servir en instillations, tout au moins à un taux qui n'excède pas 2 à 3 pour 100. Cependant, il n'y a pas que des avis favorables à son emploi. Déjà Civiale, Cullerier trouvaient son usage dangereux et le repoussaient dans leurs ouvrages, opinion partagée de nos jours par bien des urologues qui lui repro-

chent de provoquer une irritation chronique de la muqueuse et de permettre à l'inflammation de pénétrer plus profondément. On s'est attaqué à son emploi dans l'épreuve de la guérison : Robinson cite un cas d'urétrite réellement due à une de ces épreuves.

Mais revenons à la prophylaxie : l'efficacité des solutions à 1/2 pour 100 est établie par les statistiques de Lesser. On peut donc se borner à cette concentration inoffensive. Néanmoins ce sel donne lieu fréquemment à la minime irritation que nous désignons sous le nom d'urétrite prophylactique, mais qui, nous ne saurions trop le répéter, est sans gravité tant qu'elle est respectée.

2° Le *protargol* est l'agent prophylactique le plus usité. C'est une combinaison d'argent avec des substances protéiques. La chaleur décompose ses solutions ; aussi faut-il l'employer à peine tiède. Berdal signale que les injections répétées peuvent déterminer un léger écoulement qui cesse dès qu'on les supprime.

C'est avec ce sel que furent faites les expériences de Franck qui attestent la réalité de la prophylaxie antibleb-norragique. Franck, Welander l'utilisent en solution glycerinée à 20 pour 100. On l'emploie encore en pommade de 2 à 4 pour 100. Mais son usage fut vulgarisé surtout par l'armée américaine qui employait la solution à 2 pour 100. Barker rapporte quelques cas d'urétrite qu'il attribue à cette pratique, tout en insistant sur la rareté des formes sérieuses tant que la technique de sa manœuvre est bien observée par l'opérateur. Même dans ces conditions, au taux de 2 à 3 pour 100, on observe quelquefois un léger écoulement qui ne passe pas inaperçu pour un œil inquiet.

3° L'*argyrol*. — Il contient une proportion d'argent beaucoup plus forte que le *protargol* et les autres sels organiques. Il est peu caustique et peut être employé jusqu'au taux de 30 pour 100. Il n'est incriminé dans aucune urétrite chimique intense. Lui aussi donne parfois lieu à l'éphémère réaction uréthrale qui nous occupe.

Contre tous les sels d'argent organiques et plus particulièrement celui-ci, on peut, avec Janet, formuler un même grief : les solutions d'argyrol préparées à l'avance, vieilles de un mois deviennent caustiques. Chez deux malades de Janet de telles solutions ont occasionné une uréthrite postérieure, compliquée chez l'un de prostatite. Une autre solution vieille de trois semaines détermina un gros œdème péri-urétral avec menace de rétention.

Il est vrai que ces observations se rapportent à des cas de traitement abortif : mais aussi bien pour des manœuvres prophylactiques doit-on se servir de solutions fraîches.

Le *permanganate de potasse* serait d'après Manquat, irritant si les solutions dépassent le taux de 1 pour 1000. L'efficacité des grands lavages de l'urèthre dans la blennorrhagie confirmée, amena son emploi dans la prévention de la gonococcie. Cattier déconseille ces lavages préventifs systématiques et leur reproche d'être une arme à deux tranchants. « Si nous conseillons, dit-il, le lavage préventif à nos malades, nous les verrons en user et en abuser après chaque coït. Ils se donneront fatalement des uréthrites médicamenteuses. On les verra laver leur urèthre, le laver mal, le laver trop, le laver à tout propos. Et si au cours d'un coït contagieux vous avez échappé au gonocoque, ce qui est très possible après tout ! vous allez avec un lavage intempestif vous donner une uréthrite simplement médicamenteuse, que l'on a baptisée très justement l'« uréthrite chimique du froussard ».

En ce qui concerne la dose, cet auteur ne dépasse pas, même dans le traitement de la blennorrhagie confirmée, et après une longue période de solutions faibles, le taux de 1 pour 200. A plus forte raison doit-on opérer à une dilution plus grande pour une injection première et préventive.

Le *sulfate de zinc* a pu être incriminé. On le retrouve comme constituant de cette formule secrète qui mit à mal les urèthres de quelques sujets observés par Barker. De même Robinson l'a vu causer une uréthrite chimique chez

un jeune homme qui fit une injection trop forte pour empêcher des pollutions nocturnes. Ce malade employa par la suite du permanganate, puis des sels d'argent ; il eût en fin de compte un rétrécissement.

Enfin il conviendrait d'ajouter à cette liste quelques produits, tels que le *crésol*, cité par Barker.

L'emploi de la *pommade au calomel* à 33 pour 100, suivant la formule de Metchnikoff, ou des pommades similaires est susceptible de provoquer les mêmes réactions : introduites dans le méat, elles peuvent provoquer aussi une légère uréthrite.

II. — RÉPÉTITION DES DOSES.

Il faut¹ entendre de deux façons l'action de la répétition des doses :

1^o La répétition des manœuvres prophylactiques, fonction des rapports sexuels ;

2^o La répétition subintrante des manœuvres prophylactiques, consécutives à un même coït, qui deviennent dès lors des manœuvres thérapeutiques inutiles et intempestives.

1^o Outre le rôle caustique des solutions trop concentrées, il ne serait pas indifférent, d'après Finger, de répéter trop fréquemment l'emploi de ces solutions. Les manifestations d'ordre irritatif provoquées par des sels d'argent notamment, ne sont pas quantité négligeable. Il va jusqu'à dire que si un célibataire viril se trouve faire de la prophylaxie une centaine de fois seulement par an, le canal de l'urèthre devient alors le siège d'un catarrhe qui ressemble fort à la gonorrhée chronique. Le remède serait pire que le mal.

Cette question inquiète même des individus ne faisant pas partie du corps médical. Il nous souvient d'un officier que préoccupait le souci du nombre de coïts auquel il devait se limiter par semaine et qui, très « viril » mais très prudent, ne se tempérerait que par la crainte du « rétrécissement uréthral » que lui procureraient les injections prophylactiques plurihebdomadaires. Peut-être n'avait-il pas

tort d'appréhender les résultats de cette cautérisation chronique. Chez lui, les réactions uréthrales, sans gonocoques, étaient d'ailleurs inconstantes et très légères.

2^o La répétition subintrante, à quelques heures, quelques minutes même parfois, des manœuvres prophylactiques destinées à juguler une gonococcie supposée et problématique, qui n'est qu'une uréthrite chimique prophylactique, constituée, avec les erreurs de posologie, une des causes les plus fréquentes des complications uréthro-génitales des injections prophylactiques. Il nous a été permis d'observer des patients, qui ayant des uréthrites chimiques légères ont, affolés, répété leurs injections un grand nombre de fois et à de très courts intervalles, provoquant une uréthrite intense et des complications sévères.

III. — CAUSES ADJUVANTES DES COMPLICATIONS.

1^o *Etat mental.* — L'angoisse, et, à un plus haut degré, la phobie aident aux complications de l'uréthrite prophylactique, qui devrait rester une uréthrite bénigne passagère. Les timorés, les ignorants, les inconséquents enfin, ont recours, à divers titres, à des méthodes de fortune qu'ils tiendront d'un incompetent. Il en est de même des anxieux qui martyrisent leur urèthre parce qu'ils ont constaté une légère réaction d'uréthrite prophylactique (obs. VIII.)

2^o *Coïts répétés.* — Il semble que la répétition du coït, sans même que chacun d'eux soit suivi de la manœuvre prophylactique, et chez un individu vierge d'antécédents gonococciques, soit une cause adjuvante de réactions uréthrales (obs. VII.) Peut-être s'y adjoint-il une autre cause, dont il sera question plus longuement au chapitre du diagnostic différentiel. En tout cas, les répétitions du coït, les traumatismes de la muqueuse, sa congestion à cette occasion, ne sont pas sans importance. Un urèthre violenté est proie facile pour le gonocoque, et aussi pour l'irritation chimique et les infections banales consécutives.

CHAPITRE III

Étude clinique.

I. — SYMPTOMATOLOGIE.

Dans les quelques heures qui suivent un coït suspect, un individu, n'ayant jamais eu d'urétrite, pratique une injection prophylactique, soit à la station, soit par ses propres moyens. Il fait séjourner pendant 4 à 5 minutes dans la partie tout antérieure de l'urèthre de quelques gouttes à 1 ou 2 centimètres cubes d'une solution récente, non caustique, d'argyrol à 10 pour 100, de protargol à 2 ou 3 pour 100, de nitrate d'argent à 0,5 pour 100, de permanganate à 1 pour 1000, pour ne prendre que les substances les moins irritantes et le plus généralement employées.

En général, au bout de 3 à 4 heures, toujours dans les 24 heures, parfois à l'occasion d'une sensation de chaleur dans l'urèthre, bien rarement par suite d'une démangeaison du méat comme dans l'urétrite blennorragique, presque toujours sans aucun symptôme subjectif, le patient découvre un léger suintement du méat.

Le méat est un peu plus rouge que de coutume, très légèrement tuméfié ou le plus souvent sans aucune modification extérieure appréciable. A l'expression apparaît une fine gouttelette, ou plutôt un suintement, d'un liquide fluide, un peu gommeux, ambré, parfois lactescent, quand la réaction est plus vive. Une remarque importante s'im-

pose : cette goutte est uniquement méatique. Seule l'expression du méat, et tout au plus des premiers centimètres de l'urèthre, fait sourdre cette sérosité, au point que nos observations portaient initialement l'étiquette de *méatites prophylactiques*.

L'urèthre est souple, indolore. La miction se fait généralement sans douleur. La sensation de la chaleur dès la première miction consécutive à l'injection est rare.

Abandonnée à elle-même, cette méatite dure en général quelques heures, 24 heures, deux jours au plus et disparaît. Elle est le plus souvent méconnue de son porteur. Elle ne tache même pas le linge. (Seul le sel d'argent, chez les maladroits, a pu maculer la chemise de taches noires indélébiles.)

Il s'agit là de bien peu de chose, et il serait inutile d'en parler, si cette symptomatologie minime ne pouvait donner lieu à des erreurs qui deviennent alors le point de départ de complications graves. En somme seules les uréthrites prophylactiques compliquées relèvent vraiment de la pathologie clinique.

II. — COMPLICATIONS

A) Les complications dues à l'usage de substances inappropriées ou de solutions à des titres trop élevés ne nous retiendront pas longtemps. Il s'agit là de complications dues à une technique mal comprise et qui rentrent dans la catégorie des uréthrites caustiques, des brûlures de l'urèthre en général. Quelques observations (obs. XII et XIII) illustreront mieux qu'une description les manifestations aiguës qui constituent ces complications (réserve faite des accidents tardifs ultérieurs, rétrécissements, etc., qui sont encore bien plus en dehors du cadre que nous nous sommes assigné).

B) Une complication regrettable est parfois le fait du médecin aussi bien que celui du malade. Elle résulte de la

fausse interprétation de l'écoulement. Une constatation rapide de la présence de l'écoulement, un examen microscopique mal interprété, (en raison même des difficultés du diagnostic microbiologique que nous mettrons en évidence au chapitre bactériologique et cytologique de la question) sont le point de départ d'une thérapeutique intempestive, d'un traitement abortif. Celui-ci sera parfois laissé à un malade nerveux, anxieux, prêt à tous les excès d'une thérapeutique outrancière et désordonnée, véritable « thérapeutique d'affolement » suivant le mot du professeur Pousson.

C'est encore l'urétrite chimique, caustique, plus intense, s'étendant aussi bien dans les couches profondes de la muqueuse que vers l'urèthre postérieur. Tuméfaction uréthrale, ectropion du méat, suppuration à flots, fausses membranes, infection surajoutée, extension à la prostate et aux vésicules séminales, aux épидidymes, à la vessie, aux uretères, au bassin même et au rein, accidents aigus qui passent à la chronicité : rétrécissements des divers conduits atteints, cystites chroniques, etc... peuvent être la conséquence de la fausse interprétation d'une légère sécrétion uréthrale.

Cette description est celle des urétrites chimiques, caustiques. Elle dépasse le cadre de notre étude (voir thèse de Chabert, Lyon 1912). Quelques observations l'illustreront suffisamment à la fin de ce travail pour que nous n'insistions pas davantage.

C) Mais il n'y a pas que des complications aiguës. La *répétition trop fréquente* des injections prophylactiques, même bien réglées, peut amener des lésions chroniques. Il peut en résulter une irritation prolongée de la muqueuse uréthrale, un véritable catarrhe donnant la symptomatologie de la gonorrhée chronique. Finger qui a étudié minutieusement la structure et les modifications de l'urèthre pathologique, par des expérimentations un peu osées sur des moribonds, pense que cette pratique entraîne des lésions

chroniques. Gruenfeld les décrit sous le nom d'argyrisme de l'urèthre, tout au moins dans le cas où ce sont les sels d'argent qu'il faut incriminer. Cattier, qui a examiné de vieux habitués des stations prophylactiques de l'armée américaine, n'a pas observé dans leurs urèthres des lésions importantes, mais a noté cependant des modifications de l'épithélium.

CHAPITRE IV

Etude microscopique

I. — CYTOLOGIE.

L'écoulement est composé, selon l'intensité de la réaction :

a) De sérosité ou de mucus, sans cellules sauf quelques rares éléments épithéliaux.

b) Du même fond séreux ou muqueux avec plus ou moins de cellules épithéliales : quand celles-ci sont abondantes, provenant de la profondeur, elles sont plus petites et en général moins bourrées de microbes que les cellules habituelles du méat, superficielles.

c) Des mêmes éléments et de quelques rares leucocytes polynucléés.

d) Ceux-ci deviennent plus abondants dans les uréthrites caustiques intenses, véritables brûlures de l'urèthre dont nous avons plus haut exposé la filiation avec les uréthrites prophylactiques. On ne trouve jamais d'éosinophiles. On voit des formes mononucléées mais non macrophagiques, même dans les formes caustiques les plus graves. En somme, rien n'évoque l'image de la suppuration gonococcique à son début.

Un élément de diagnostic important est fourni par la relation qui existe entre la réaction cytologique et la formule bactériologique. Il sera envisagé au chapitre du diagnostic.

II. — BACTÉRIOLOGIE

L'étude des éléments bactériens nous retiendra plus longtemps. Les résultats sont les mêmes, que l'urétrite soit infime ou que l'écoulement soit important du fait d'une maladresse. Les observations que nous avons pu grouper dans ce travail peuvent être classées en deux catégories bactériologiquement distinctes, bien que leur étude clinique ne soit guère dissociable : d'une part celles qui affirment la nature aseptique des écoulements observés, et d'autre part celles qui rapportent des résultats positifs dans les recherches microbiennes effectuées sur le pus des écoulements.

Les premières sont assez nombreuses et nous devons admettre l'authenticité de cette stérilité, bien que dans la plupart des cas, les recherches n'aient pas été suffisamment poursuivies, la double épreuve de l'examen microscopique et de l'ensemencement de la goutte n'ayant pu être effectuée comme il est de règle en présence d'un premier écoulement urétral. Noguès a insisté sur la nécessité de ces épreuves avant de conclure à la présence d'une urétrite aseptique. Cependant, de nombreuses observations d'urétrites caustiques, aseptiques (prophylactiques et autres) suffisent à en établir la réalité. Si nous nous en rapportons à celles que nous citons plus loin, nous pouvons faire figurer dans ce groupe les cas de Guichemerre (obs. XIII), de Robinson (obs. XII), de Moore (obs. IX, X, XI). Barker lui-même signale quelques cas où on ne rencontre ni le gonocoque, ni aucun autre microbe. Dans certains cas il fut pratiqué jusqu'à dix examens bactériologiques pour un même sujet.

Il est certain que dans ces cas, le diagnostic de la nature irritative et chimique de l'affection se trouvait singulièrement facilité par la stérilité même du canal.

Mais en présence de méatites prophylactiques, le méat

étant toujours infecté de microbes divers, hôtes innocents, il est naturel qu'on les rencontre au moins dans la sécrétion examinée.

Sous l'influence d'une injection caustique traumatisante, un urèthre sain, parasité normalement par une foule d'espèces microbiennes, a son immunité menacée. A l'état habituel il peut recevoir sans dommages des microbes même pathogènes pour d'autres tissus : ainsi, Voillemier a porté dans l'urèthre le pus d'un abcès chaud de la cuisse ; aucun symptôme d'urétrite n'apparut, sauf dans les cas s'accompagnant de traumatisme.

Il n'est pas question d'établir la liste de tous les agents microbiens signalés dans l'urèthre. Parmi ceux qu'on rencontre dans les urétrites chimiques, il faut distinguer d'une part ceux qui se différencient nettement du gonocoque, d'autre part ceux qui peuvent simuler le gonocoque au point de rendre le diagnostic délicat.

1^o Divers microbes sont signalés par les auteurs. Barker a trouvé dans les nombreux cas qu'il rapporte, une flore variée : microbes à Gram positif ou négatif. Dans un cas le *Bacterium Coli* s'associait au staphylocoque doré ; ailleurs, le streptocoque voisinait avec des diplocoques à Gram positif ; une fois même Barker put compter douze espèces différentes.

En somme la flore identifiée par Barker correspond à ce que les autres observateurs et nous-même avons trouvé. Ces variétés à vrai dire, n'ont pas toujours été identifiées par la culture : ce sont des cocci variés, le plus souvent des streptocoques, des petits cocci, coccobacilles, des diplocoques non gonococcoïdes, des bâtonnets divers, des pseudo diphtériques : fréquemment la flore des bâtonnets grêles du type colibacille est abondante et quelquefois presque pure. La plupart des frottis donnent un ensemble où le caractère Gram négatif est prédominant.

Dans ce groupe il n'y a pas d'erreur possible : il ne saurait être question de gonocoques.

2^o Mais il n'en est plus de même dans les cas où l'examen de l'écoulement décèle des diplocoques ressemblant au gonocoque. C'est une cause d'erreur dans l'appréciation de la nature pathogène de l'écoulement. Le diagnostic n'est pas toujours aisé. Nous en appelons à tous ceux qui ont eu à donner leur avis sur le contenu bactérien des exsudats uréthraux. C'est la question des gonocoques et des pseudo-gonocoques qui se pose ici. Nous ne voulons pas reprendre ici le détail de cette question touffue. Rappelons seulement que Hugounenq et Eraud entre autres ont décrit sous le nom d'orchiocoque un microorganisme ressemblant au gonocoque mais s'en différenciant par sa facilité de culture sur les milieux d'usage courant ; que Petit et Wassermann ont isolé d'un canal vierge de blennorragie plusieurs microcoques analogues ; que Nogge, que Passet avec « *Micrococcus cereus albus* », Brum avec « *Micrococcus albicans amplius* » ont encore grossi la liste des pseudo-gonocoques.

Tous ces microorganismes sont analogues au gonocoque en ce sens qu'ils ne prennent pas le Gram et parfois seraient intracellulaires (?) Cependant ils sont généralement plus petits et assez souvent isolés. Leur culture plus facile que celle du gonocoque n'exige pas, comme pour celui-ci, de la gélose-ascite ou de la gélose au sang, mais peut s'obtenir aisément avec d'autres milieux, tels que la gélose maltosée.

Le « *Micrococcus fallax* » décrit par Rousseau se rapproche encore davantage du gonocoque et c'est en raison de leur parenté morphologique que Rousseau a cru bon d'insister sur les caractères biochimiques qui permettent de les différencier. Sa forme la plus fréquente est celle d'un diplocoque à éléments réniformes, légèrement encapsulés, en amas, extra ou intra-cellulaires. Il ne prend le Gram que lorsqu'il provient d'une culture.

La résistance de ce microbe aux antiseptiques est variable avec la réaction du milieu : en milieu acide il peut

supporter des doses relativement élevées de sels de mercure, de zinc, de fer ou de combinaisons organo-métalliques d'argent. Aussi l'emploi thérapeutique de ces substances dans le traitement de l'urétrite à *Micrococcus fallax* est-il en général inefficace. Ce diplocoque est au contraire facilement détruit par les solutions alcalines, mieux tolérées elles-mêmes par les muqueuses que les solutions acides. On déduit de ces faits des applications pratiques importantes.

Les diplocoques simulant le gonocoque que nous avons surtout rencontrés, présentaient les caractères suivants : les uns avaient la forme classique du gonocoque, ne prenaient pas le Gram, mais étaient comme englués et formaient une sorte de zooglée, les autres, plus fréquents, avaient également l'aspect morphologique du gonocoque mais s'en différenciaient par quelques caractères : l'irrégularité de la taille des éléments d'un même amas (les éléments très volumineux étant plus abondants) et l'irrégularité de la coloration par la méthode de Gram (les plus gros restant en général les plus colorés en violet). Enfin et surtout, si certains auteurs ont trouvé dans des macrophages ou des polynucléés, des éléments ayant la morphologie du gonocoque, pour nous, tout diplocoque intra-cellulaire ayant la morphologie et les aptitudes colorantes du gonocoque est considéré comme un gonocoque authentique, et de nombreux observateurs pensent à ce sujet comme nous. En tout cas aucun de ceux qui se sont occupés d'urétrites prophylactiques n'ont décrit des formes intra-cellulaires. Les formes pseudo-gonococciques que nous décrivons ci-dessus étaient toujours extra-cellulaires ou sinon, partageaient avec de nombreuses variétés l'habitat des cellules épithéliales.

En conclusion, nous dirons que la flore des urétrites prophylactiques est des plus variables comme quantité et comme diversité. Le seul point intéressant est la présence de ces formes pseudo gonococciques. Mais assez souvent si

elles restent Gram négatives, leur morphologie est bien différente de celle des gonocoques et si parfois il n'en est pas ainsi, le fait qu'elles sont toujours intra-cellulaires, et comme nous le verrons, la précocité de leur apparition, la variété de la flore associée à la pauvreté cytologique, constituent une présomption en faveur de la nature non gonococcique de l'affection.

CHAPITRE V

Diagnostic.

L'urétrite consécutive à l'injection prophylactique convenablement faite est un petit incident qui, chez la plupart des individus, passe inaperçu. Mais dans les mêmes conditions, chez certains sujets dont l'urèthre est particulièrement sensible, la sécrétion, les sensations de chaleur, de gêne et de chatouillement au méat sont plus marquées; ou bien encore chez certains inquiets ou phobiques, une surveillance constante et attentive leur fait découvrir une sécrétion uréthrale. Pour eux le doute naît, et s'ils consultent immédiatement le médecin, celui-ci, non prévenu, peut partager ce doute et même, on l'a vu, se faire une opinion totalement erronée.

Il n'est pas aisé en effet, même à un médecin, de décider d'emblée de la nature d'un léger écoulement uréthral. Est-on au début d'une gonococcie ? On doit alors instituer sans retard un traitement abortif. Est-on, problème autrement épineux, en présence d'un retour offensif d'une blennorragie chronique ? Ou bien a-t-on affaire à une des blennorroides bénignes et banales, d'ailleurs assez peu connues en dehors des milieux où on s'occupe d'urologie et de bactériologie, écoulements de courte durée qui constituent une partie bien faible il est vrai des « échauffements » qu'accusent certains malades ? Dans ce dernier cas, quelques jours de patience, au besoin quelques injections alcalines

dans l'urèthre tout antérieur, font rapidement tarir l'écoulement. Ou bien enfin est-on seulement en présence d'une uréthrite chimique, de l'uréthrite prophylactique ?

I. — DIAGNOSTIC DE L'URÉTHRITE PROPHYLACTIQUE ET DE L'URÉTHRITE GONOCOCCIQUE AU DÉBUT.

L'examen microscopique va-t-il trancher la question. En effet si on a affaire à une légère sécrétion filante, ambrée, amicrobienne, constituée uniquement par des cellules épithéliales, aucun doute n'est possible. C'est souvent le cas ; mais fréquemment aussi globules de pus et microbes divers abondent. La perspicacité de l'observateur a dès lors le champ libre.

Chez un sujet qui n'était pas antérieurement porteur d'une uréthrite, les signes suivants sont en faveur d'une uréthrite chimique, prophylactique :

1^o *La précocité de l'apparition de l'écoulement.* — On se trouve en général en présence d'un écoulement qui a commencé quelques heures après la manœuvre prophylactique. On l'observe de 3 ou 4 heures à 2 jours au plus après cette manœuvre, laquelle a suivi en général de 2 à 3 heures le coït suspect.

Naturellement, à mesure que l'écoulement se prolonge (il dure 2 ou 3 jours au maximum) la difficulté s'accroît et ce signe perd de sa valeur.

2^o *Les caractères de l'écoulement.* — Il est ambré et filant, voire même gluant, moins souvent séro-lactescent lorsqu'il est plus marqué, ne différant en revanche en rien dans ce cas de celui qui marque le début de la blennorragie.

3^o *L'examen microscopique de l'écoulement.* — Il comprendra une partie bactériologique et une partie cytologique.

Caractères bactériologiques :

a) Ou bien il n'y a aucun microbe : il s'agit, très proba-

blement d'une uréthrite chimique, mais il sera prudent de pratiquer un nouvel examen après quelques heures, ou tout au moins au bout de 24 heures ;

b) Ou bien il y a une quantité considérable de microbes variés. La présence d'une flore abondante, sa variété même dans un temps aussi rapproché du contact suspect, chez un individu non taré s'entend, est déjà une haute présomption en faveur d'une uréthrite non gonococcique : il s'agit ou bien d'une blennorrhoïde, uréthrite banale, ou d'une uréthrite caustique avec infection surajoutée. Tout le monde a pu remarquer le caractère solitaire du gonocoque au début des uréthrites blennorragiques. Si quelques microbes associés apparaissent de-ci de-là, il sont très rares. Le plus souvent il n'y en a pas.

c) Mais une étude plus attentive des exsudats pour en identifier la flore montre parfois des éléments bactériens ayant la morphologie du gonocoque. Bactérioscopiquement, contre la nature gonococcique authentique sont les caractères suivants, isolés ou associés : la taille irrégulière des éléments, leur agglutination parfois zoogléique, leur aptitude inconstante à être décolorés par un Gram dont les temps sont rigoureusement observés ; leur situation exclusivement intra-cellulaire, leur association avec de nombreux autres microbes.

De tous ces caractères il en est qui entraînent l'exclusion : la conservation du Gram, la grande irrégularité de taille. Mais les autres sont moins définitifs et l'examen demeure parfois encore douteux. Il reste donc le recours à la culture : mais si elle constitue un moyen scientifique d'identification, elle est loin d'être applicable constamment dans la pratique journalière. De plus, la culture demande un laps de temps tel que lorsque son résultat parviendra, l'heure du traitement abortif efficace sera passée. Enfin dans le même laps de temps, une sage expectation en présence d'un cas douteux aura presque toujours suffi à déterminer la nature de l'écoulement : les examens répétés ne tarderont pas,

dans les 24 heures, à permettre d'observer ou bien des gonocoques authentiques intra-cellulaires, avec leur cortège cytologique typique, ou bien dans le cas contraire, la diminution progressive de l'écoulement sans modification de ses caractères cytologiques.

Caractères cytologiques. — Il ne faudra pas manquer d'observer avec soin la cytologie des sécrétions douteuses. Seront en faveur de l'urétrite prophylactique : la grande richesse en cellules épithéliales et la pauvreté en leucocytes polynucléés. Cette intense desquamation épithéliale constituant l'essentiel de l'image cytologique est plutôt le fait de l'urétrite chimique. Toutefois, au début de l'urétrite blennorragique l'image est souvent analogue, avec prédominance des cellules épithéliales, mais il y a toujours des leucocytes polynucléés en plus grand nombre. D'autre part, au moins dans les formes minima de l'urétrite chimique, les leucocytes polynucléés se présentent souvent en mauvais état, en dégénérescence granulo-graisseuse.

Cet aspect constitué par une réaction épithéliale desquamative et la rareté des globules de pus, réaction persistant sans se modifier au cours des examens répétés deux ou trois fois par jour, sans accroissement de la polynucléose, sans éosinophilie est un bon signe qui s'ajoute aux autres.

Parfois la réaction polynucléée est très abondante, et alors, il ne faut pas espérer retirer quelque argument de l'examen cytologique.

En résumé les différentes combinaisons suivantes sont en faveur de l'urétrite prophylactique :

1^o Asepsie confirmée par plusieurs examens, quelle que soit la réaction cellulaire = certitude ;

2^o Desquamation épithéliale abondante isolée = présomption ;

3^o Flore abondante et variée = présomption ;

4^o Flore abondante et variée associée à une desquamation épithéliale = grande présomption ;

5^o Eléments ressemblant au gonocoque, mais ayant un ou plusieurs des caractères suivants :

Gram positif ou irrégulier.....	certitude ;
Taille irrégulière.....	certitude ;
Aspect zoogléique.....	certitude ;
Association microbienne complexe..	présomption ;
Absence ou pénurie des leucocytes polynucléés avec abondance de ces éléments gonococcoïdes.....	grande présomption.

II. — DIAGNOSTIC DE L'URÉTHRITE PROPHYLACTIQUE ET DE LA GONORRÉE CHRONIQUE.

S'il s'agit d'un sujet ayant eu une gonococcie aiguë, ou porteur d'une gonococcie chronique, la difficulté est extrême et seules la culture ou l'expectative avec examens répétés pourront affirmer ou infirmer la réinfection. Cette attitude est d'ailleurs celle qu'il convient, à notre avis, d'adopter dans tous les cas.

III. — DIAGNOSTIC DE L'URÉTHRITE PROPHYLACTIQUE ET DES URÉTHRITES DIVERSES.

Avant de terminer ce chapitre de diagnostic il convient de mentionner la possibilité d'autres uréthrites. Pour mémoire seulement seront cités tous les écoulements uréthraux qui, inconnus du porteur, purent être révélés à cette occasion (uréthrites médicamenteuses : ioduriques, cantharidiennes ; dyscrasiques : des goutteux, des rhumatisants, des oxaluriques, des paludéens, des diabétiques, des ourliens, des typhiques ; écoulements des tuberculeux génitaux.)

Seules prêteront à confusion et auront parfois la même évolution clinique et bactériologique les uréthrites à germes

banaux, les gonorroïdes de Dyday. A l'occasion de coïts multiples, de rapports avec des femmes dont le vagin est infecté chroniquement à la faveur de leucorrhée, d'une affection utérine, ou dont la flore vaginale est exaltée par la période menstruelle, peut apparaître une uréthrite légère; les individus mariés et fidèles n'en sont pas exempts. Ces gonorroïdes, en général éphémères mais récidivantes, se traduisent par un suintement de peu d'importance, pauvre en cellules, avec cependant une surabondance de polynucléés. Elles sont en général riches en germes variés, le plus souvent en bacilles pseudo-diphtériques, en colibacilles ou cocco-bacilles. C'est l'image de certaines uréthrites prophylactiques. L'observation VII en est peut-être un exemple.

En somme, les uréthrites microbiennes accompagnant les uréthrites caustiques relèvent d'une étiologie un peu analogue : une aptitude pathogène passagère est dévolue aux germes anodins de l'urèthre, ou dans d'autres cas à ceux du vagin. En tous cas, confondre une telle uréthrite avec une uréthrite prophylactique est sans importance. Toutes deux ont à peu près la même évolution, le même pronostic et le traitement de celles-là (injections alcalines légères, soins de propreté) ne peut en aucune façon aggraver une uréthrite chimique.

CHAPITRE VI

Pronostic. — Traitement.

L'urétrite consécutive aux manœuvres prophylactiques, on ne saurait trop le répéter, est une urétrite minima, d'une bénignité absolue. Le nom d'urétrite, scientifiquement exact, est, à vrai dire un très gros mot pour une très petite chose. Ephémère, elle passe souvent inaperçue et, d'elle-même, n'entraîne jamais de complications.

Les seuls accidents proviennent de techniques défectueuses ou bien (et c'est sur ce point que nous voulons attirer l'attention) d'interprétations erronées de cette minuscule réaction de la muqueuse uréthrale.

L'emploi des injections ou des instillations prophylactiques bien réglées est une méthode excellente, dépourvue de dangers et d'une efficacité dont témoignent l'expérimentation et la pratique dans les armées et la marine.

Le traitement de l'urétrite prophylactique consistera surtout dans l'abstention de thérapeutiques agressives, que le cas soit net ou douteux.

Si l'exsudat n'est ni purulent ni microbien, l'abstention complète de tout traitement, hormis les soins de propreté d'usage, est la seule règle.

Si l'exsudat est riche en microbes divers, on pourra pratiquer des lavages alcalins, au bicarbonate de soude par exemple, en les limitant strictement au méat et à l'urèthre tout antérieur : ces microbes nous l'avons vu, ne peuvent subsister en milieu alcalin.

Nous ne nous occupons pas ici du traitement des uréthrites caustiques par produits chimiques (solutions trop fortes ou injections trop répétées) : ce ne sont plus là, nous le disons encore, les uréthrites minima post-prophylactiques qui font l'objet de notre travail. Signalons toutefois dans un cas d'uréthrite caustique aseptique, par répétition inconsidérée de manœuvres prophylactiques, l'heureuse action de « pansements » intra-uréthraux à l'aide de sérum sanguin.

CHAPITRE VII

Observations.

Rapporter une observation d'urétrite minima ou plutôt de méatite après acte prophylactique, c'est les décrire toutes.

Il s'agit là d'un incident de courte durée et de peu d'importance. De plus, il est très banal et d'une fréquence extrême chez les individus qui usent de la pratique prophylactique.

C'est surtout dans l'armée que l'observation en est facile puisque c'est là surtout que la prophylaxie est en usage.

Nous avons constitué trois groupes d'observations :

Dans le premier, nous rapportons quelques cas de méatite prophylactique.

Dans le deuxième, nous avons réuni les observations susceptibles de montrer à quelles erreurs peuvent entraîner la méconnaissance et la difficulté d'interprétation de cette urétrite antérieure, de cette méatite. Nous aurions voulu donner celles de Barker (*J. of. Am. Méd. Assoc.* 1919), au nombre de 28, mais malheureusement nous n'avons pu nous les procurer in-extenso et nous n'en possédons qu'une analyse.

Dans le troisième groupe nous ajoutons quelques observations d'urétrites caustiques dues à des erreurs plus ou moins grossières de technique prophylactique.

Premier groupe d'Observations

OBSERVATION I

(Due au Dr H Bonnin, médecin des hôpitaux.)

Capitaine X... Coût le 13 juillet 19 . Le dimanche-matin 14, injection de 2 centimètres cubes de protargol à 2 % dans l'urèthre antérieur. Le 15, suintement assez épais.

Le 16, exsudat déjà en voie de diminution, filant, ou plutôt séropus blanchâtre, formant un enduit adhérent au méat.

L'examen montre des cellules épithéliales en grands placards desquamatifs, de nombreux microbes prenant le Gram et extra-cellulaires, des diplocoques variés, souvent gonococcoïdes, mais Gram-positif et de taille très inégale.

L'inquiétude du patient est calmée, à juste titre, car le lendemain tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION II

(Due au Dr Bonnin.)

Lieutenant V... Manœuvre prophylactique au protargol à 2 % le 2 juillet 19 .

Le 31 juillet, apparition d'un suintement agglutinant légèrement les lèvres du méat, avec petite démangeaison ; légères taches sur la chemise.

Résultats de l'examen : cellules épithéliales très nombreuses ; rares leucocytes polynucléés en très mauvais état de conservation. Pas de gonocoques. Nombreux microbes : petits bâtonnets, diplocoques lancéolés prenant irrégulièrement le Gram.

On conseille des soins de propreté. Tout est calmé le surlendemain.

OBSERVATION III

(Due au Dr Bonnin.)

Soldat C..., vient le 1^{er} août 19 , montrer un écoulement apparu à la suite de rapports suspects, suivis de manœuvres prophylactiques pratiquées la veille de l'examen. Dans l'exsudat on

trouve de très nombreuses cellules épithéliales, quelques leucocytes po'ynucléés, de nombreux microbes Gram-positif et Gram-négatif, surtout sous forme de bâtonnets et de diplocoques Gram-positif, dont certains éléments sont inclus dans des globules de pus. Pas de gonocoques.

OBSERVATION IV

(Due au Dr Bonnin.)

Wladimir J..., polonais, étant à l'hôpital pour une affection non vénérienne, a un rapport lors d'une sortie le 30 juillet 19... Il use du cabinet prophylactique installé dans l'hôpital, et le 1^{er} août se présente avec un léger écoulement. Il dit ressentir des douleurs testiculaires et avoir une orchite.

L'écoulement urétral est constitué par de grandes cellules épithéliales, très parasitées par des microbes variés. Pas d'apparence de gonocoque.

L'urétrite et l'orchite, inexistante ailleurs que dans l'esprit anxieux du malade, son tât guéries.

OBSERVATION V

(Due au Dr Bonnin.)

X..., adressé par le Dr R... Coût suspect suivi d'injection prophylactique indéterminée (produit commercialisé : probablement protargol) le 28 novembre 19...

Examen cytologique : polynucléés 70 %

— — — — — cellules épithéliales 30 %

Examen bactériologique : quelques rares microbes, diplocoques gonococcoïdes, mais Gram-positif, bâtonnets Gram-négatif. Pas de gonocoques. Guérison rapide.

Ce premier groupe d'observations pourrait être facilement allongé : il suffirait d'examiner systématiquement des sujets pratiquant les manœuvres prophylactiques ; nous n'avons relaté que celles ayant inquiété les malades. Un diagnostic facile a permis d'éviter les complications que nous allons maintenant rencontrer.

Deuxième groupe d'Observations.

OBSERVATION VI

(BERDAL, *Traité des Maladies Vénériennes*, Maloïre, 1906, page 37.)

« Pendant que nous étions interne à l'hôpital du Midi, nous avons observé un cas absolument typique. M. N... vient à la consultation que nous faisons en l'absence du chef de service et nous tient le langage suivant : « Docteur, je viens pour que vous me fassiez une injection abortive (c'est le terme qu'il employa). Il faut absolument que vous me coupiez ma chaudepisse. Il y va du bonheur de toute une famille. Hier matin, ma femme étant partie à la campagne, je me suis laissé entraîner, mais en rentrant chez moi, j'ai trouvé une lettre m'annonçant que ma femme rentrait dans 3 jours. Alors l'idée m'est venue que j'avais pu contracter du mal, et sans perdre de temps j'ai couru chez un pharmacien. On m'a donné une injection dont je me suis servi le plus souvent possible, mais elle ne m'a pas guéri. Voyez comme je coule... » Et en effet il me montra une goutte de sérosité opaque, semblable à l'écoulement du début de la blennorragie, qui perlait au niveau du méat. Comme il n'y avait pas eu d'incubation, et que quelques heures seulement avaient séparé le coït du début de l'écoulement, lequel d'ailleurs ne s'était montré qu'après l'usage de l'injection délivrée par le pharmacien, nous avons refusé de lui délivrer un traitement et après l'avoir tranquilisé, autant que faire se pouvait, nous lui avons conseillé de ne plus rien injecter dans son urèthre et de revenir nous voir le lendemain. Il revint en effet, tout étonné et heureux de ne plus couler. »

OBSERVATION VII

(Due au Dr Bonnin.)

K..., étudiant en médecine, vingt ans, nie toute blennorragie antérieure.

Etant ivre, il répète pendant une nuit plusieurs coïts avec plusieurs femmes également ivres (1 mars 19...). Le lendemain matin,

justement inquiet, il pratique une injection prophylactique à l'aide d'une solution de protargol à 1 %. *Il la répète le soir, (peut-être dans la journée ?) et le lendemain matin.*

Les jours suivants, en s'observant, il s'inquiète un peu de l'humidité de son méat, sans noter cependant aucune autre manifestation.

Le 8 mars au matin, il constate un écoulement urétral net.

Il nous le montre le 9 : suppuration médiocrement abondante, blanche, assez épaisse, paraissant limitée à la partie toute antérieure de l'urèthre. Le méat est un peu rouge, non tuméfié. Le malade éprouve une très légère sensation de chaleur en urinant. L'infiltration du canal est nulle.

Dans la journée, l'écoulement se produit peu, K... a examiné lui-même ce pus et « a vu des gonocoques en quantité ».

Faisant à cette époque des essais de traitement de la blennorragie par des injections intra-uréthrales de sérum antigonococcique, on fait des frottis avec l'exsudat (frottis qui ne sont d'ailleurs pas examinés à ce moment) et on commence le traitement, à raison de 4 injections par jour avec prélèvement de pus avant chacune d'elles.

Le 10 mars, l'écoulement est bien moindre.

Le 11 mars, l'écoulement blanc jaunâtre, atypique, un peu gommeux, collant les lèvres du méat est presque nul : c'est sa fin. Vraiment surpris d'un tel succès, on examine les frottis, des tout premiers aux derniers, et l'on trouve :

Premier jour : Purée microbienne. Toutes sortes de microbes : bâtonnets grêles, Gram négatifs, cocci Gram positifs et Gram négatifs, soit isolés soit en amas, en diplocoques ou en tétrades. Les éléments Gram négatifs prédominent. Parmi ceux-ci, quelques éléments lancéolés, mais aussi quelques diplocoques gonococcoïdes agglutinés en amas souvent importants. Ces amas sont constitués par de petits cocci Gram négatifs en très grand nombre, souvent paraissant enrobés dans une sorte de gelée, et parmi eux on voit de nombreux petits diplocoques Gram négatifs, ayant assez la morphologie du gonocoque. Aucun n'est intra cellulaire ; ailleurs, de gros diplocoques de taille irrégulière, prenant irrégulièrement le Gram. Rien, là dedans, ne ressemble à du gonocoque. Au point de vue cytologique : fond de mucus extrêmement abondant, cellules plutôt rares : cellules épithéliales prédominantes, quelques

polynucléés non phagocytes et en dégénérescence très avancée.

Le 12 mars, tout est rentré dans l'ordre. Le méat est encore un peu humide. Guérison confirmée les jours suivants.

Il paraît y avoir eu ici une irritation, une légère brûlure de l'urèthre antérieur par les manœuvres prophylactiques et à la faveur de cette petite lésion chimique une surinfection par les microbes habituellement saprophytes de l'urèthre antérieur. Ces microbes : cocci Gram négatifs, diplocoques gonococcoïdes en gelée ou gros pseudo-gonocoques prenant irrégulièrement le Gram se rencontrent d'ailleurs avec une fréquence particulière chez les individus porteurs d'une urétrite ancienne dont le catarrhe est comme entretenu par des actions thérapeutiques chimiques prolongées.

Une critique peut cependant être faite au diagnostic d'urétrite chimique post-prophylactique : c'est la possibilité d'une blennorrhoïde non gonococcique par infection banale, rendue ici très possible par les circonstances des rapports sexuels.

Peut-être l'action traumatisante et caustique des manœuvres prophylactiques répétées a-t-elle favorisé le développement de cette infection banale. Au même titre d'ailleurs, les méthodes brutales de traitement abortif quand elles échouent, sont certainement une aggravation des urétrites gonococciques.

OBSERVATION VIII

(Due au Dr Bonnin.)

A. R..., médecin. Une blennorrhagie plusieurs années auparavant, sans suites.

A des rapports suspects le 15 novembre 19... et pratique quelques heures après une injection prophylactique de 2 centimètres cubes de protargol à 1%, renouvelée plusieurs fois en quelques minutes.

Le lendemain, 16 novembre, il ressent un petit chatouillement en même temps qu'apparaît un léger suintement au méat. Un

examen pratiqué sur-le-champ aurait décelé des cellules épithéliales abondantes, quelques très rares leucocytes polynucléés et quelques microbes, en particulier « des petits amas de diplocoques accouplés comme le gonocoque, extra-cellulaires et de taille peut-être un peu plus petite ».

Immédiatement un traitement abortif est instauré par des injections triquotidiennes de protargol à 4 %. Dès la quatrième injection, la miction est très pénible, et le malade se présente avec une verge tuméfiée, un urèthre turgide, un méat dont la muqueuse est en ectropion et un flot véritablement ininterrompu de pus blanc et fluide s'écoulant sans arrêt de l'urèthre.

Résultat de l'examen : masse de leucocytes polynucléés en très bon état, quelques mononucléés, pas de microbes.

On conseille le calme, la suspension de toute thérapeutique, des bains de verge fréquents et prolongés et à titre de pansement des injections d'un sérum (anticharbonneux) qui se trouvait sous la main.

Dès le lendemain, la suppuration était pour ainsi dire tarie, mais il existait encore un suintement séro-purulent, lactescent, composé de leucocytes polynucléés et présentant maintenant quelques microbes, petits cocci Gram négatifs, bâtonnets trapus à bouts arrondis, à centre clair, Gram positifs.

Dans les jours qui suivirent, l'écoulement fut moindre, plus clair, mais persista, avec présence de filaments dans l'urine, ayant acquis dès le troisième jour les caractères de la blennorrhée chronique ; il se montra composé de cellules épithéliales et de leucocytes polynucléés avec microbes variés n'ayant jamais les caractères des gonocoques.

En décembre, signes de prostatite légère, avec même flore uréthrale. Amélioration progressive : atténuation du suintement uréthral, sans disparition.

Ainsi ce malade, après une injection prophylactique présente une légère uréthrite chimique. Il s'affole et pratique un traitement abortif qui détermine une uréthrite chimique des plus intenses. En quelques heures peut-on dire, celle-ci s'atténue comme elle s'était exacerbée. Mais il reste un catarrhe chronique et sans doute une véritable uréthrite chronique, microbienne, non post-gonococcique

mais post-caustique, l'irritation chimique ayant été comme la gonococcie le « primum movens » des surinfections et des complications : prostatite légère à caractères subaigus.

A aucun des examens pratiqués il n'a été possible de déceler de gonocoques. L'épreuve de la bière fut répétée ; il faut dire que jamais il ne fut question de proposer une injection révélatrice au nitrate d'argent... Des cultures faites une fois n'ont pas non plus donné de gonocoques, mais de très petits cocci en amas prenant irrégulièrement le Gram.

Cette observation montre la nécessité qu'il y a de bien interpréter la méatite post-prophylactique. Mais en outre elle permet de remarquer en passant le danger des injections abortives et quel doigté doit avoir le spécialiste dans leur application, s'il ne veut pas voir la symptomatologie de l'uréthrite gonococcique qu'il soigne s'enrichir de celle de l'uréthrite chimique surajoutée.

OBSERVATION IX

(MOORE, *American Journal of Dermatology*, XII, 1908.)

M. X..., trente-huit ans, employé de bureau. A sa première visite, il présentait un écoulement urétral faible, clair, liquide. Il n'iait la blennorragie et tout autre écoulement urétral antérieur. Pas de souffrance, pas de brûlure à la miction. L'écoulement apparut deux jours après le coït, après que le patient se fut introduit dans l'urèthre une bougie médicamenteuse à titre préventif. Il eut la sensation de déchirer quelque chose en introduisant cette bougie. Dix examens microscopiques en autant de jours furent impuissants à déceler des gonocoques, mais l'uréthroscope révéla une petite ulcération de la portion médiane du pénis. Prostate et vésicules normales. Je conclus qu'il avait déchiré la muqueuse en introduisant la bougie et adoptai la méthode suivante de traitement : application au moyen de l'uréthroscope de nitrate d'argent à 2 ° tous les deux jours. Injection astringente deux fois par jour. Au bout de sept jours, l'ulcération s'était cicatrisée, et en douze, tous les symptômes avaient disparu. Aucune récurrence au bout de trois mois.

OBSERVATION X

(MOORE, *American Journal of Dermatology*, XII, 1908.)

M. Y... vingt-six ans, électricien. Ni blennorragie, ni écoulement antérieur. Introduisit à titre préventif une bougie médicamenteuse après le coït, et le second jour remarqua un écoulement, mais sans douleur ni brûlure. Consulta un médecin qui lui prescrivit un protéinate d'argent (vitellin silver) lequel le brûla fortement. L'écoulement devint plus abondant. Après *s'en être servi une semaine*, il vint me consulter. Des examens microscopiques répétés ne décelèrent pas de gonocoque. L'uréthroscope révéla une zone enflammée dans la portion médiane du pénis. Prostate et vésicules normales. Cessant la protéinate d'argent il s'irrigua avec des solutions salines pendant quelques jours. Urotropine à l'intérieur. Hygiène, diète et abstention de rapports sexuels. Au bout de deux semaines tout symptôme avait disparu.

OBSERVATION XI

(MOORE, *American Journal of Dermatology*, XII, 1908.)

M. Z..., vingt-quatre ans, libraire, à tempérament nerveux, sans passé vénérien, employa une bougie médicamenteuse à titre prophylactique après le coït. Le second jour apparut un écoulement séreux. Un médecin prescrivit une *injection abortive* qui causa une grosse souffrance et parut augmenter l'écoulement. Cet état persista deux semaines au bout desquelles il vint me voir. Pas de rougeur ni de gonflement du méat, mais une certaine brûlure à la miction. Les examens microscopiques ne purent déceler le gonocoque. Il y avait une petite ulcération juste à côté de la fosse naviculaire. Des injections d'eau chaude et quelques applications locales sur l'ulcération remirent le patient sur le chemin de la tranquillité.

Troisième groupe d'Observations.

OBSERVATION XII

(ROBINSON, *Medical Record*, 8 avril 1911.)

M. X..., vingt-huit ans, devait se marier le 21 septembre 1910. Juste une semaine avant de se marier, le 14 septembre, il jugea opportun d'avoir des rapports avec une prostituée. Les hommes d'une certaine classe semblent considérer comme une obligation sacrée de dire adieu à leur vie de garçon de cette façon inconvenante. La tentation est grande d'éclater en invectives contre les brutes qui, quelques jours, parfois quelques heures avant d'entrer dans le lit nuptial, courent ainsi pour eux-mêmes, pour leur femme et leurs enfants le risque d'une infection, sous prétexte qu'ils se promettent d'être fidèles à leur femme et désirent ainsi une ultime compensation. Mais à quoi bon ! Les brutes ne lisent pas les journaux médicaux et même les lisant, ne seraient pas sensibles à nos reproches.

Le 16 septembre, notre homme sentit ou crut sentir un chatouillement dans l'urèthre. Au bout de quelques heures, le chatouillement disparut. Mais le 17, il crut le sentir de nouveau. En présence de l'approche du jour important, il en conçut une grande frayeur, quoique j'estime qu'il n'avait pas lieu d'être effrayé, le chatouillement existant beaucoup plus dans son esprit que dans son urèthre. Il consulta un spécialiste distingué ? Non... un pharmacien, qui semble avoir été particulièrement ignorant. Il lui conseilla de dissoudre une tablette antiseptique (*contenant 0 gr. 50 de sublimé*) dans un demi-verre d'eau tiède, et de se l'injecter trois fois par jour à raison de plusieurs injections par séance.

Le patient suivit ces conseils et se fit trois ou quatre injections dans l'urèthre avec une seringue d'une demi-once avant d'aller se coucher. Il souffrit le martyre pendant toute la nuit et la douleur à toute tentative de miction était si cruelle qu'il s'abstint d'uriner. Le lendemain matin il vint me voir.

Le pénis était d'une dimension quatre ou cinq fois supérieure à la normale. Le gonflement et l'œdème étaient énormes. Le gland

était si enflé qu'on trouvait difficilement le méat. Le patient était très effrayé mais son état général était bon : pas de fièvre, pas de malaise, pas de stomatite, pas de fétidité, en résumé, pas de symptômes d'intoxication mercurielle. Il me fit voir les tablettes que le pharmacien lui avait données. C'était, comme je l'ai noté, des tablettes de 0 gr. 50 de sublimé combiné à une quantité égale de chlorure d'ammonium. Il m'indiqua la quantité d'eau dans laquelle il avait dissous la tablette, et cette quantité était de 150 grammes environ. En d'autres termes, le titre de la solution dont il se servait en injections uréthrales était de 1 pour 250 à 1 pour 350. Et en tout il avait consommé 0 gr. 20 de sublimé. Mais naturellement il n'avait pas conservé l'injection. J'attribuai l'absence de symptômes généralisés à ce fait que la force de la solution, en nécrosant la muqueuse avait entravé l'absorption du poison. Les effets furent donc purement locaux. Pour expliquer que sa vessie n'avait pas été atteinte en apparence, je pensai qu'il s'était fait une injection douce et n'avait pas forcé le sphincter. Il essaya d'uriner par ses propres moyens mais sans succès. Je lui anesthésiai donc l'urèthre avec grande difficulté, passai un petit cathéter et sortis 700 grammes d'urine. Le patient se sentit aussitôt soulagé. Pour le pénis, j'ordonnai des compresses imbibées d'acétate d'alumine (solution de Burow). Pour lutter contre le spasme, j'ordonnai des suppositoires de sulfate de morphine (0 gr. 01) et de sulfate d'atropine, de plus, à l'intérieur, une potion avec du bromure de potassium ; enfin et abondamment de l'infusion de graine de lin.

Le traitement améliora aussitôt l'état du malade. Le gonflement diminua considérablement. La douleur et la brûlure à la miction disparurent presque entièrement. Mais le jour suivant un écoulement abondant et clair apparut et l'urine contenait de nombreux filaments. Le patient fut naturellement certain d'avoir une blennorragie, mais j'étais convaincu du contraire. De nombreux examens furent impuissants à déceler un seul gonocoque ou un seul diplocoque pseudo-gonococcique. C'était une suppuration stérile, on pourrait dire chimiquement pure, causée par un antiseptique irritant. Je n'usai toutefois pas de traitement local, mais seulement d'adoucissants internes et de diurétiques légers, et l'écoulement diminua peu à peu. Il est maintenant réduit à une fraction de goutte le matin, simulant la goutte matinale de la blennorragie, et l'urine contient des filaments, cependant dépourvus de cocci. Le

mariage qui fut nécessairement reculé d'un mois doit avoir lieu ces jours-ci et c'est sans hésitation que je lui donne mon autorisation.

Pendant une période du traitement, il sembla exister une tendance à la formation d'un rétrécissement, mais plusieurs dilata-tions à l'aide de l'instrument de Kollmann, suivies d'instillations d'une solution d'iodure de thymol à 4 °₀ rendirent à l'urèthre son calibre qui est maintenant tout à fait normal.

Le patient se maria le 1^{er} novembre. Le 18 il allait parfaitement bien et un examen ne put déceler quoi que ce soit de pathologique sauf ce fait que l'urine contenait quelques filaments.

OBSERVATION XIII

(GUICHEMERRE, *Presse Médicale* du 12 novembre 1913.)

Un homme de trente-quatre ans, marié depuis quatre mois, d'une santé robuste et sans passé urinaire ou vénérien, s'aperçoit le 2 janvier 1913 que ses mictions sont plus fréquentes que de coutume et s'accompagnent d'une légère cuisson du canal. Pendant deux jours, ces symptômes continuent à s'aggraver et sans qu'apparaisse le moindre suintement uréthral. Mais le malade, nerveux à l'extrême, s'imagine avoir été infecté par sa femme, qui présente ordinairement des pertes blanches, et s'imagine être atteint de blennorrhagie.

Il consulte un pharmacien qui lui ordonne judicieusement de la tisane de queues de cerise. L'amélioration escomptée ne se produisant pas, le malade fait appel à des moyens plus énergiques et du 8 au 12 janvier il pratique matin et soir avec une seringue de 10 centimètres cubes, des injections uréthrales d'eau vinaigrée à raison d'une cuillerée à soupe de vinaigre pour un demi-verre d'eau tiède. Le résultat ne se fait pas attendre. Dès le 10 janvier les mictions deviennent plus fréquentes, plus douloureuses. La nuit, elles ne laissent aucun repos au malade qui est obligé de se lever toutes les demi-heures pour émettre à grand peine quelques gouttes d'une urine rougeâtre qui laisse au fond du verre un dépôt épais de fausses membranes et de pus. Et, chose à peine croyable, malgré cette subite aggravation de son état, le malade continue encore pendant deux jours ce déplorable traitement. A ce moment

et sur le conseil d'un autre pharmacien, il prend sans succès de l'Arrhéol et enfin, le 17 janvier, l'apparition d'une tuméfaction douloureuse de la bourse gauche le décide à nous appeler près de lui.

Nous arrivons péniblement et par des aveux successifs à reconstituer l'histoire qui précède, et nous constatons les signes suivants :

Le malade est amaigri, il présente un léger mouvement fébrile, 38°5. La langue est saburrale et depuis trois jours il a perdu l'appétit. Pollakiurie diurne et nocturne. Mictions toutes les demi-heures environ. Douleur au moment des mictions dans tout le canal, surtout à l'extrémité du gland. Urines peu abondantes, 800 grammes en vingt-quatre heures, laissant déposer au fond du vase du pus et des fausses membranes. Pas d'hématurie macroscopique.

Il n'y a pas d'écoulement spontané par le canal de l'urèthre, mais, par expression, on fait sourdre une ou deux gouttes de liquide lactescent qui est recueilli sur deux lamelles.

La bourse gauche est gonflée, douloureuse. La douleur s'irradie le long du cordon jusque dans le canal inguinal. La palpation révèle, à la tête de l'épididyme, un noyau dur qui recouvre une partie de la face postérieure du testicule. Le canal déférent est doublé de volume dans toute l'étendue où il est perceptible : la vaginale présente un épanchement de tension modérée. La prostate et les vésicules séminales sont normales.

Voici donc une uréthrocystite compliquée d'épididymite chez un malade qui se croit blennorragien et qui s'est traité par des injections irritantes. Les accidents sont-ils imputables à la maladie supposée ou au traitement dirigé contre elle ? Tel était le problème à résoudre.

Or nous avons cru pouvoir éliminer d'emblée le diagnostic de blennorragie parce qu'il n'y a jamais eu, à proprement parler d'écoulement ; parce que le malade nie toute infraction à la fidélité conjugale ; parce que sa femme enfin, comme celle de César, ne paraît pas devoir être soupçonnée. Ce sont là, je le sais, d'aventureuses suppositions dont il est difficile de fournir la preuve certaine. Toutefois en l'espèce, la bactériologie est venue trancher le différent, et sur des lamelles frottées de liquide uréthral, la coloration simple et le Gram n'ont révélé la présence ni du gonocoque ni d'aucun autre microbe.

Il s'agissait donc d'une affection amicrobienne et les lésions uréthro-vésico-épididymaires étaient bien attribuables aux seules injections d'eau vinaigrée.

L'évolution de la maladie a été très différente de celle de l'infection blennorragique, et beaucoup plus rapide.

Sous l'influence du régime lacté, des boissons émollientes, de l'urotropine, les phénomènes de cystite ont complètement disparu en huit jours. L'épididymite, apparue le 17 janvier était résolue le 1^{er} février, sans laisser de noyau induré comme il arrive constamment dans l'épididymite blennorragique.

Le 2 février, la bourse droite devenait douloureuse et nous constatons un gonflement manifeste de l'épididyme. Le surlendemain, après quarante-huit heures d'application de glace sur les bourses relevées, la douleur et le gonflement avaient disparu et le malade définitivement guéri reprenait ses occupations le 8 février.

CONCLUSIONS

La pratique des injections ou des instillations uréthrales prophylactiques antiblennorragiques, particulièrement développée dans l'armée et depuis la guerre, donne presque toujours lieu à une très légère réaction de la muqueuse uréthrale : c'est ce que nous appelons *uréthrite prophylactique*.

Tous les produits employés : sels d'argent, sels de mercure, permanganate de potasse, etc... peuvent la provoquer : quand elle est appliquée selon les règles prescrites, la pratique prophylactique n'est suivie que d'uréthrites minima sans importance (suintement passager et souvent inaperçu). L'emploi de produits caustiques, de solutions trop fortes, la répétition des manœuvres peuvent amener des accidents, uréthrites chimiques, dont la méthode n'est pas responsable.

La méconnaissance des uréthrites minima proprement dites, prises pour des uréthrites gonococciques à leur début, peut par un traitement intempestif, amener des complications du genre des précédentes.

Les caractères différentiels de l'uréthrite proprement dites sont :

Au point de vue clinique : la précocité de l'apparition de l'écoulement, ses caractères (il est en général ambré et gluant);

Au point de vue cytologique : la prédominance de cellules épithéliales, seules présentes ou associées à des polynucléés dégénérés, contrastant souvent avec la richesse microbienne ;

Au point de vue microbien : son caractère aseptique, ou au contraire l'extrême variété de sa flore qui peut comprendre des éléments pseudo-gonococciques, source de confusion.

Du fait de sa bénignité, cette uréthrite minima ne mérite aucun traitement. Il importe seulement de ne pas la méconnaître pour éviter des erreurs d'interprétation et des traitements intempestifs susceptibles d'entraîner des complications parfois graves.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

F. VILLAR.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 mars 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLANCHE. — Uréthrite non gonococcique microbienne et primitive. *Thèse de Montpellier*, 1910.
- ARONSTAIN. — Non specific urethritis. *Detroit M. J.* 1920, XXI, page 173.
- BALZER. — Maladies vénériennes. *In traité de Brouardel et Gilbert.* Paris, Baillière, 1906.
- BARBELLION. — Etude clinique sur les infections uréthrales non gonococciques. *Thèse de Paris*, 1894.
- BARKER. — Irritative urethritis. *The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXIII, 29 novembre 1919.
- BERDAL. — Traité des Maladies vénériennes. Paris, Maloine, 1916.
- BRODFELD. — Harnröhrentzündungen nichtgonorrhöischer natur. *Med. Klin Berl.*, 1913, IX, p. 220.
- BRONNER. — Non gonorrheal urethritis. *Ann. practit. and news*, 1910, XLIV, p. 289.
- BRUM. — Der Mikroorganismus der gonorrhöischen Shleimhaut erkrankung « Gonococcus Neisser ». *Migula*, p. 118.
- BURTY. — Quelques observations d'uréthrites primitives aseptiques. *Thèse Paris*, 1900-01, n° 685.
- CARLE. — La blennorragie uréthrale. Paris, Doin, 1901.
- CARLE et AUGAGNEUR. — Précis des maladies vénériennes. Paris, Doin, 1906.
- CATTIER. — Traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme. Paris, Baillière, 1919.
- CHABERT. — Les injections caustiques de l'urèthre. *Thèse de Lyon*, 1912-13, n° 105.
- CIVIALE. — Essai pratique sur les organes génito-urinaires (1837).
- CULLERIÈS. — Précis iconographique des maladies vénériennes (1836).
- CUMINGE. — Considérations cliniques sur la bactériologie de l'urèthre. *Thèse de Paris*, 1921.

- DEBENEY. — Expériences pratiques de la méthode des injections caustiques, 1843.
- DESNOS. — Traité des maladies des voies urinaires. Paris, Doin, 1890.
- DIDAY. — Traité des maladies vénériennes. Paris, Asselin et Houzeau, 1894.
- ERAUD. — Etude sur les injections dans la blennorrhagie chez l'homme. *Thèse de Lyon*, 1886.
- FINGER. — La blennorrhagie et ses complications. (Traduction de la 3^{me} édition allemande, 1893). Paris, Alcan, 1894.
- FRANCK. — Allgemeine medizinische Centralzeitung, 1899, n° 5.
- GOUGEROT. — Prophylaxie des maladies vénériennes. *Ann. d'hygiène publique et de méd. légale*, novembre 1918.
- GUIARD. — Les uréthrites non gonococciques. *Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1897.
- Traitement abortif et prophylaxie de la blennorrhagie chez l'homme. Paris, 1895.
- GUICHEMERRE. — Uréthrite chimique compliquée de cystite et d'épididymite double. *Presse médicale* du 12 novembre 1913.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris, Baillière, 1894-97.
- HOGGE. — Gonocoques et pseudo-gonocoques. *Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, 1893, p. 281.
- HUDELO. — Art. « Gonococcie », in *Traité de Médecine* de Roger, Vidal. Paris, Masson, 1920.
- HUME. — An inquiry into the causation of non specific urethritis. *Jour. of Ann. Med. Assoc.* LIV, p. 1975, 1910.
- JANET. — Danger des solutions anciennes d'argyrol dans le traitement abortif de la blennorrhagie. *Journal d'urologie*, t. XI, n° 5-6.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, Baillière, 1886.
- LEGRAIN. — Les microbes des écoulements de l'urèthre. *Thèse de Nancy*, 1888.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie. Alcan, 1900.
- Art. « Urèthre », in *traité de Chirurgie* de Le Dentu-Delbet. Paris, Baillière, 1916.
- LESSER. — Klinisches Jahrbuch, t. XIII.
- LUYS. — Traité de la blennorrhagie et de ses complications. Paris, Doin, 1914.
- MALLEZ. — Formulaire des maladies des voies urinaires. Paris, Delahaye, 1889.

- MANQUAT. — Traité de thérapeutique. Paris, Baillière, 1911.
- MOORE. — Non specific urethritis. *Am. Journ. of Dermato. and Gen. Ur. Diseases*, XII, 1908.
- MOTZ. — Considérations sur les uréthrites non gonococciques. *Ann. des Mal. des org. gén.-urin.*, Juin 1910, vol. 1, n° 12.
- NOGUÈS. — Uréthrites non gonococciques. *Assoc. franc. d'Urologie*, 2^{me} session, 1897.
- O. CROWLEY. — The internal and external remedies in urinary diseases and their practic value. *Medical record*, 1907, p. 809.
- PASSET. Untersuchungen über die Oëtiologie der eiteringen Phlegmone der Menchen. Migula. System. der Bakterien, t. II, 1900, p. 56.
- POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires. 4^{me} édition, Doin, 1917.
- ROBINSON. — Acute urethritis of chemical origin. *Medical record*, 1911, LXXIX, p. 625.
- ROUSSEAU. — Micrococcus fallax. Contribution à l'étude des uréthrites. Paris, *Thèse de pharmacie*, 1905.
- SÉE. — Le gonocoque. *Thèse Paris*, 1896.
- SPITZER. — Ueber Harnröhrenverätzungen mit chemischen Substanzen. *Wien. med. Wochenschr.*, 1910, IX, p. 1096.
- SPOONER. — Non gonorrheal urethritis. *Medical record*, 1905, LXVIII, p. 772.
- STUTEL. — Contribution à l'étude des uréthrites non gonococciques primitives. *Thèse de Nancy*, 1899.
- THÉVENOT. — Les brûlures de l'urèthre par injections caustiques. *Progrès médical*, 1913, XXIX, 523.
- WILDBOLZ. — Etude expérimentale sur l'action du nitrate d'argent et du protargol sur les muqueuses vivantes. *Zeitschrift fur Urologie*, 1907.
- WORMSER. — Gonocoques et faux gonocoques. *Ann. des mal des org. gén.-urin.*, 1910, p. 532. *La clinique*, Juin 1910, p. 342.
-

Bordeaux. — Imp. A. SAUGNAC & E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.



